200
Lane Medical Library
UNIVERSITY LIBRARY
27 1930
DAVIS

ALLGEMEINE POLIKLINIK DER UNIVERSITÄT BASEL
(Direktor: Prof. Dr. F. EGGER)
AUS DEM NERVENAMBULATORIUM
(Leitender Arzt: Prof. Dr. R. BING)

Prodromale Schmerzdämmerzustände bei luetischen Psychosen.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

BRUNO GOTTSCHALK

aus LIBAU (Lettland)

EDITIONS „ALSATIA" ST-LOUIS
1929

ALLGEMEINE POLIKLINIK DER UNIVERSITÄT BASEL
(Direktor: Prof. Dr. F. EGGER)
AUS DEM NERVENAMBULATORIUM
(Leitender Arzt: Prof. Dr. R. BING)

Prodromale Schmerzdämmerzustände bei luetischen Psychosen.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

BRUNO GOTTSCHALK

aus LIBAU (Lettland)

EDITIONS „ALSATIA" ST-LOUIS
1929

Von der medizinischen
Fakultät der Universität Basel genehmigt
auf Antrag von Professor Dr. R. Bing.

Tag der Promotion: 14 Dezember 1929.

Basel, den 17. Dezember 1929.

Prof. Dr. Brückner.
d. z. Dekan.

MEINEN LIEBEN
ELTERN IN DANKBARKEIT
GEWIDMET.

Prodromale Schmerzdämmerzustände bei luetischen Psychosen.

I.

Im Zusammenhang mit einem Fall aus der Neurologischen Poliklinik der Universität Basel, der mir in liebenswürdiger Weise von Herrn Prof. Dr. med. R. Bing überlassen wurde, scheint es nicht überflüssig zu sein, die in der Literatur beschriebenen Fälle von «Migräne - Schmerzdämmerzuständen» und «Neuralgischen-Schmerzdämmerzuständen» hier zu behandeln. Insbesondere soll die Symptomatologie des Krankheitsbildes berücksichtigt und dessen Ergebnis zusammengefasst werden. Im Allgemeinen ist dieses Gebiet nur wenig behandelt worden. Im Jahre 1866 erschien die erste Arbeit von Griesinger, 1867 von Schüle, 1895 von Krafft-Ebing, in neuerer Zeit von Mingazzini und anderen, die noch später zu erwähnen sind. Krafft-Ebing weist auf den Zusammenhang zwischen Migräne und Geistesstörung auf Grund zweier Fälle hin.

Beim ersten handelt es sich um einen achtzehnjährigen Lehrling, der seit mehreren Jahren an Migräneanfällen mit begleitendem Flimmerskotom leidet; nach einer Aufregung — ein heftiger Migräneanfall und im Anschluss daran, unter Fortdauer der Migräne ein drei Tage lang anhaltender Traumzustand mit schreckhaften Halluzinationen, Aufhebung der Apperception, hochgradiger Verlust der Erinnerung. Vollkommene Heilung tritt ein. Keine hysterische oder epileptische Antecendentien oder Erscheinungen sind bemerkt worden.

Die zweite Beobachtung betrifft einen fünfzehnjährigen Schüler, der seit elf Jahren an Migräne leidend, immer nervös, reizbar und jähzornig gewesen ist. Hinweise auf Epilepsie fehlen, sowohl bei ihm, als auch in der Verwandtschaft. Jedoch leiden seine Eltern ebenfalls an Migräne. Während sechs Wochen tritt jede paar Tage Migräne von 1½-stündiger Dauer mit Flimmerskotom ein. Der Patient tobt, wütet; zerreisst und zerschlägt, was ihm in die Hände kommt. Dem Anfall folgt eine Amnesie.

Einen weiteren Fall beschreibt Brackmann im Jahre 1896 in der «Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie»: ein 26-jähriger Kaufmann — mütterlicherseits stark belastet. Mutter leidet seit

ihrer Jugend an schwerer Migräne mit Erbrechen. Patient ist von Geburt an schwächlich und leidet an Diabetes insipidus. In der Schule zeigt er gute Fähigkeiten. Seit der Schulzeit hat er Kopfschmerzen. Mit neun Jahren erleidet er eine Gehirnerschütterung. Typische Migräneanfälle stellen sich erst mit dem fünfzehnten Lebensjahre ein. Nach einer Gemütsalteration folgt ein Dämmerzustand mit anschliessender Psychose, die von Gehörstäuschungen und Verfolgungsideen begleitet sind. Dieser Zustand dauert 1½ Jahre. Während der Reconvalescenz treten Migräneanfälle in stärkerem Masse auf, und einer Anzahl von ihnen folgt abends eine transitorische Geistesstörung, die mit Schlaf und Amnesie endigt. Zwei Jahre später erscheinen wiederum schwere Anfälle mit Dämmerzuständen von mehreren Tagen sowie völliger Amnesie, im Anschluss daran ein durch Halluzinationen bedingter stuporöser Zustand, der nach einigen Tagen nachlässt.

Brackmann vermutet als Grund der periodisch aufretenden Geistesstörungen seines Kranken nicht eine epileptische Basis, sondern hält am naheliegensten eine direkte Beziehung der Migräneanfälle, insbesondere derjenigen schwerer Natur, zu dem transitorischen Irresein.

Löwenfeld (Neurol. Centralblatt I. Jahr) veröffentlicht einen Fall, wo bei einer 27-jährigen Frau, die an Migräne litt, im übrigen aber gesund war, ohne sonst erkennbarer Ursache eine Reihe cerebraler Funktionsstörungen auftraten: Verschleierung des Gesichts, Kopfschmerz, Erbrechen und hieran sich anschliessende Gesichtshalluzinationen, ein Zustand von Verwirrtheit, der sich bis zur völligen Verkennung der Umgebung steigerte und von aphasischen Störungen begleitet war. Die psychische Alteration währte kaum länger als fünf Stunden, um alsbald einem völlig normalen geistigen Zustande zu weichen. Der Anfang des Anfalles war der Patientin in Erinnerung geblieben, aber über das Folgende hatte sie keinerlei klare Erinnerung.

Insbesondere befassen sich Mingazzini und seine Schüler mit dem Studium cephalalgischer und hemikranischer Psychosen, deren Ergebnisse wir an dieser Stelle zusammenfassen wollen. Zunächst besprechen wir in Kürze die durch einfache Cephalgien hervorgerufenen Krankheitsbilder: die abortiven Formen sind nach M. selten und sollen bei den Zwanzigjährigen aber auch im 4—5 Dezennium noch vorkommen. Diese Form tritt meistens bei Frauen mit erblichen Anlagen und zahlreichen hysterischen Stigmata zum Vorschein.

Der Schmerz lokalisiert sich bald in der Stirn, bald auf einer oder anderen Parietalregion.

Sobald der Schmerz seinen Kulminationspunkt erreicht, treten sensorische Störungen ein. Die Patienten sehen Funken, Fliegen, Bälle und Sternchen oder auch plastische Figuren. Die Besinnung bleibt nach wie vor dem Anfalle klar, keine Amnesie.

Die perakuten cephalgischen Psychosen treten meistens im dritten Jahrzehnt auf, aber auch früher oder später. Verhältnismässig öfter werden Männer vom Leiden befallen. Die erbliche Belastung ist sehr gering oder fehlt überhaupt. Der Schmerz befällt den Scheitel oder die Schläfen, bisweilen ist er diffus.

Als Gelegenheitsursache der Psychose wird manchmal der Missbrauch von Alkohol angenommen. Als auslösendes Moment des psychischen Paroxysmus geben die Patienten immer die enorme und unerträgliche Heftigkeit des Kopfschmerzes an.

Der Anfall besteht aus halluzinatorischen Störungen, die zuerst einen elementaren Charakter aufweisen, aber die sich später verdichten und plastisch werden können. Die Gesichtshalluzinationen können auch akustischen, schmähenden oder schreckhaften Inhaltes sein. Die Heilung erfolgt oft durch eine Krisis. Nach der Verminderung der Stärke des Schmerzes fühlen sich die Kranken bald beim normalen Bewusstsein, begreifen die an sie gerichteten Fragen, crientieren sich über Ort und Zeit und korrigieren das Krankhafte ihrer Halluzinationen. Die Erinnerung an die psychopathische Periode ist meistens eine unvollständige oder oberflächliche.

Mingazzini teilt weiter auf Grund seiner Beobachtungen die verschiedenen Krankheitsbilder der hemikranischen Psychosen in mehrere Gruppen ein:

1. **Hemikrania transitoria :**

a) abortive Varietät, b) vollständige Varietät, c) synkopierte Varietät. Zur Beleuchtung der genannten Varietäten wollen wir die dazu gehörigen Fälle von Mingazzini anführen :

ad a) abortive Varietät :

Patientin war eine 45-jährige Frau, hatte 6 lebende Kinder und soll nie an konvulsiven Anfällen gelitten haben. Von Kindheit auf hatte sie leichte Anfälle von Kopfschmerzen. Vor 5 Jahren wurden nach einer Influenza die Anfälle öfter und intensiver, besonders war die linke Kopfhälfte behaftet. Nur wenn der Schmerz sehr intensiv wurde, sah die Patientin Flämmchen, Gesichtstäuschungen, Personen von schreckenhaftem Aussehen, auch Tiere. Patientin war sich auch während des Anfalles über das Pathologische dieser Erscheinungen bewusst. Der Anfall wurde von einem Gefühl von Herzklopfen und Ohrensausen, Speichelfluss, Hustenreiz und allgemeiner Schwäche begleitet.

Die objektive Untersuchung ergab, dass Druck auf die Ovarialgegend links schmerzhafter und von einem Constrictionsgefühl in der Kehle begleitet war. Druck auf die Austrittstellen des Quintus erregte leichten Schmerz. Einige circumscripte leicht hypalgetische Zonen wurden festgestellt. Patellarreflexe waren gesteigert.

Ein anderer hierher gehöriger Fall betrifft eine 19-jährige Patientin, die über Anfälle von Kopfschmerz, besonders in der Hirngegend klagte. Als der Schmerz stärker wurde, erschienen ihr in blau gekleidete Engel. Während der Dauer des Anfalles war sie schwatzhaft, zänkisch, beklagte sich über Misshandlungen. Der Anfall war von Kongestionsgefühlen nach dem Kopfe hin begleitet. Nachdem folgte eine akute Paranoia hallucinatoria. Objektive Untersuchung ergab nichts Besonderes.

Mingazzini glaubt, dass die abortive Varietät seltener, als die vollständige vorkomme, auch befalle sie fast ausschliesslich Frauen. Aus den beiden oben beschriebenen Fällen ersehen wir, dass auch das Alter der Patientinnen erheblich verschieden sein kann. Es handelt sich um Personen, mit spärlichen, erblich degenerativen Elementen, aber mit zahlreichen hysterischen Stigmata, wie auch um Patienten, die früher mit hysterieartigen Aequivalenten belastet gewesen sind. Der Schmerz lokalisiert sich entweder in der Stirn, oder in der Scheitelgegend, manchmal einseitig, auch auf die andere Seite herüberwandernd. Rezidive sind oft zu beobachten. Die Alteration besteht in sensorischen Störungen, die erst auftreten, wenn der Schmerz intensiv wird. Die Kranken klagen über Gesichtsstörungen, die aus einfachen elementaren Halluzinationen oder plastischen Figuren bestehen können. Akoasmen sind seltener. Die Besinnung bleibt während und nach dem Anfalle immer klar, die Erinnerung intakt.

ad b) zur «vollständigen Varietät» der transitorischen Migränepsychosen zählt Mingazzini die von uns früher beschriebenen Fälle von Krafft-Ebing, Brackmann und Löwenfeld. Vollständigkeitshalber führen wir hier noch die Beobachtungen von Agostini und Fère an, um darauf zu den neu veröffentlichten Fällen von Mingazzini überzugehen. Agostini hat einen 23 Jahre alten Studenten mit starker neuropathischer Vererbung beobachtet. Patient scheint als Kind an Eklampsie gelitten zu haben. Starke Dolichocephalie und Assymetrie des Gesichts. Er zeigt reizbares Temperament, lebhafte, gut entwickelte Intelligenz. Leidet an Tick des Facialis. Seit mehreren Monaten heftige Anfälle von Hemikranie. Dieselben sind durch intensiven Kopfschmerz, besonders der Frontalgegend gekennzeichnet. Während des Anfalles Rötung der rechten Gesichtshälfte und Tränenfluss. Dem Anfall voraus Traurigkeit, Gähnen, Schwächegefühl, Druck in der Magengegend, Salivation, auch bitterer Geschmack; diese Symptome wiederholen sich immer, nachdem der Kranke gesalzenes Fleisch gegessen hat. Danach folgt Hemikranie mit Hemianopsie, Funkensehen und leuchtende Figuren. Bei starkem Anfall tritt oft transitorische Dysphasie und geistige Verwirrung ein. Zur Abkürzung des Anfalles trinkt Patient alkalische Wässer.

Fère beobachtete einen 43-jährigen Pharmazeuten. Mit 8 Jahren — mehrstündiger Bewusstseinsverlust. Mit 10—14 Jahren litt der Knabe an Anfällen mehr oder weniger vollständiger Be-

wusstlosigkeit. Während der Pubertätszeit erwachte er oft mit Angstrufen und Visionen von Feuerkugeln. Seit seinem 20. Jahre Anfälle folgender Art: es beginnt heftiger Kopfschmerz, dann sieht er Bilder, etwas wie Feurkugeln, Zahnräder, Blitze und verliert daraufhin das Bewusstsein. Das Bewusstsein verlor er ausschliesslich infolge Hemikranie, nie ohne letztere. Intelligenz unversehrt.

Wir wollen jetzt die neuen hierher gehörenden Fälle von Mingazzini anführen (Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psych. 1926.) : Eine 47-jährige Patientin leidet seit ihrer Jugend an Kopfschmerzen — besonders in der Frontalgegend. Die Schmerzen dauern mehrere Stunden und sind von Ekel und Brechreiz begleitet. Nach einigen Jahren werden die Anfälle intensiver, ihre Dauer — länger. Wenn sich der Schmerz steigert, stellen sich halluzinatorische Zustände ein, besonders visueller Art. Während dieser Krisen schreit und heult die Kranke, ist erregt, hat auch Fluchttriebe. Die Krisen sind von Torpor begleitet. Im Ganzen dauert ein derartiger Anfall 2—3 Tage, worauf sich normaler Zustand einstellt. Beim nächsten Anfall ähnlicher Art ist Patientin der Irrenanstalt überwiesen worden. Bei der Einlieferung weist Patientin ein normales Verhalten auf. Die Orientierung über Raum, Zeit und Person bleibt erhalten. Das Wahrnehmungs- und Assoziationsvermögen ist korrekt aber verlangsamt; die ideativen Vorgänge spielen sich auch etwas langsam ab. Patientin erinnert sich nur unklar an den letzten Anfall. Nach 27 Tagen wird die Patientin geheilt entlassen.

Eine andere 21-jährige Patientin. Ein Onkel mütterlicherseits war geisteskrank, drei Schwestern litten an hysterischen Krämpfen. Seit ihrer Kindheit war Patientin Anfällen von Kopfschmerzen ausgesetzt, die gewöhnlich nur auf einer Seite des Kopfes begannen, sich aber später auch auf die andere Seite erstreckten. Die Anfälle dauerten meistens einige Stunden, waren von Ekelgefühl, Phosphenen oder Diplopie begleitet. Die Anfälle wiederholten sich alle 2—3 Monate. Am 27. Juli 1912 wurde Patientin plötzlich von einem sehr schweren, sich auf den ganzen Kopf erstreckenden, von Erbrechen begleiteten, ohne Prodrome auftretenden Kopfschmerz ergriffen. Sie verfällt sofort in einen Zustand psychomotorischer Erregung, schleudert Gegenstände gegen die Wand, stürzt sich auf ihren Mann und versucht auf ihn loszuschlagen, schlägt ihre Schwester. Sie spricht einzelne Worte, ohne logischen Zusammenhang und beweist hiermit, dass sie über Zeit, Ort und Person unorientiert ist. Während der nächsten Tage dauern die Kopfschmerzen fort und zwar unter plötzlichen Exacerbationen, während dem die psychische Störung schärfer hervortritt. Die Störungen hielten eine Woche an. Endlich verschwand nach wenigen Tagen der Kopfschmerz und der psychische Zustand wurde fast normal. Ueber die in der Periode des intensiven Kopfschmerzes begangenen agressiven Handlungen befragt, erwiderte Patientin, sich etwas, aber sehr verworren zu erinnern. Sowohl neurologische Untersuchung, als auch die viscerale waren negativ.

Im Gegensatz zu der vorigen Form befällt diese Varietät mehr das männliche Geschlecht, vor allem jüngere Personen. Bei einigen ist schwere neuropathische oder psychopathische Belastung nachzuweisen, wie Hysterie, Imbecillität, Alkoholismus. Von den Kranken sind einige seit Jahren, andere erst seit kurzem hemikranisch gewesen. Die Hemikranie kündigt sich selten durch Prodrome an, sondern bricht gewöhnlich plötzlich aus. Sobald es eine gewisse Intensität erreicht, beginnen beim Kranken Visionen einzutreten. Bei den leichteren Fällen handelt es sich um Flimmerskotome, Blitze, Flammen, Feuerkugeln. Oft wieder fehlen solche elementare Visionen, und bei Zunahme der Hemikranie sieht der Kranke die verschiedensten plastischen Gestalten: bald einen grossen schwarzen Mann, bald sind es Leute, die ihn bedrohen, bald sind es Leichname.

Die letzte Phase der Symptomengruppe ist durch einen psychopathischen Zustand gekennzeichnet, dessen Symptome ihrem Grade und ihrer Natur nach verschieden sind. Bisweilen handelt es sich um Bewusstseinsverlust oder um Verwirrtheit, seltener entsteht ein protrahierter Dämmerzustand. Meistens beherrscht die psychomotorische Erregung das Zustandsbild und diese kann sich entweder innerhalb der Grenze einer mässigen Aufregung halten, oder sich bis zur wirklichen Tobsucht steigern: die Kranken zerreissen ihre Kleider, beissen und brüllen. Dieser schwere Erregungszustand wird gewöhnlich durch schreckenhafte Halluzinationen hervorgerufen. Die Kranken betragen sich dann, als wollen sie einem Angriff begegnen, stürzen sich auf angebliche Feinde, oder sie predigen, stossen Flüche aus usw. Die objektive Untersuchung weist bei den Patienten nicht selten Degenerationszeichen oder sensible und sensorielle Störungen nach. Genesung tritt immer ein, aber oft bleibt ein Zustand von Schwerfälligkeit und Verwirrtheit zurück, der einen oder zwei Tage dauern kann. Die Erinnerung an die psychopathische Periode, welche den Anfall ausgelöst hat, ist zahlreichen Schwankungen unterworfen. Sie kann oberflächlich und fragmentarisch sein, oder es kann eine amnestische Lücke bestehen bleiben.

ad c) die synkopierte Varietät der hemikranischen Psychosen kommt selten vor. Wir führen hier zur Veranschaulichung zwei Fälle von Mingazzini und seinem Schüler Sciamanna an. 34-jähriger Mann litt seit 8—10 Jahren an heftigem Kopfschmerz von 24-stündiger Dauer. Als der Schmerz sehr intensiv wurde, hat der Kranke drei Mal Suicidversuche gemacht, einmal waren agressive Impulse gegen Personen seiner Umgebung zu verzeichnen, ein anderes Mal trat Todesangst ein. Vollkommene Amnesie. Patient schwer psychisch belastet.

Sciamanna (Nevrosi emicraniche Congre. medico intern. 1895) berichtet über einen 32-jährigen Mann, der drei Anfälle von Kopfschmerz hatte, welche von tobsüchtiger Erregung begleitet

waren. Nach dem Anfall verfiel er in leichte Betäubung. Beim dritten Anfall trat langsame Genesung ein. Die Erinnerung an den Anfall kehrte später zurück.

Die synkopierte Varietät befällt hauptsächlich Männer mit psychopathischer Belastung. Eine Eigentümlichkeit dieser Form besteht in der Tendenz zu Rückfällen. Am häufigsten sind Erregungszustände mit Halluzinationen, aber auch bisweilen mit impulsiven raptusartigen Versuchen gegen das eigene Leben oder gegen andere, oder auch eine motivlose Todesangst. Dem Anfall folgt gewöhnlich Müdigkeit und Schlaf. Die Erinnerung an den Anfall fehlt meistens, kehrt aber bei den Fällen von Sciamanna nach einigen Tagen zurück.

Wir kommen zum Schluss unserer Betrachtung der Hemikrania transitoria und wollen der Einteilung von Mingazzini folgend zur

II. Protrahierten Form

übergehen, die auch nach seiner eigenen Ansicht selten vorkommen soll. Wir entnehmen Mingazzini die Krankengeschichten der hierher gehörenden Fälle:

Fall I.

23-jährige Patientin, deren objektive Untersuchung negativ ausfällt. Seit 2—3 Jahren litt Patientin an Anfällen von bilateralem Kopfschmerz. Auf der Höhe des Anfalles sah die Kranke Funken und Strahlen. Dann trat dauernder Kopfschmerz, der 3 Wochen anhielt, ein. Während des Anfalles wurde ein dysthymischer Zustand mit impulsiven Fluchtversuchen beobachtet. Nach dem Anfalle blieb eine summarische Erinnerung an die Zeit der Hemikranie und eine amnestische Lücke für die impulsiven Akte übrig.

Fall II.

40-jähriger Mann, der keine objektiven Symtome aufwies. Patient litt an starken Anfällen von Kopfschmerzen, welche in der Frontalgegend lokalisiert waren und alle 2—3 Monate wiederkehrten.

Fall III.

23-jähriger Mann, objectiv-Anacusia und Analgesia dextra, Hypalgesia sinistra. Von kleinauf klassische Anfälle von Hemikranie, besonders rechts. Im Jahre 1895 permanente Hemikranie, die 5 Monate lang vereinigt mit einem dysthymischen Zustand anhielt. Im August 1896 permanente Hemikranie rechts. Während der Exacerbation trat eine schreckenhafte stereotype Halluzination auf. Patient reagierte darauf bisweilen recht heftig. Er beurteilte ferner die Halluzinationen nicht richtig. In den Zwischenzeiten stellte sich ein depressiver Zustand ein. Die Erinnerung an den Anfall blieb beim Patienten vollkommen erhalten. Bisweilen unwillkürlicher Urinabgang.

Fall IV.

51-jähriger Mann. Obj. Einengung des Gesichtsfeldes. Links Abnahme der Sehschärfe. Hyperästhesie der Zweige des Quintus. Seit seinem 44. Lebensjahre litt Patient an Anfällen von transitorischer Hemikranie in der Frontalgegend. Von 1888 bis 1895 traten periodische Anfälle einer permanenten Hemikranie auf, mit einer mittleren Dauer von 30 Tagen bis 2 Monaten. Während der Schmerzperiode stellte sich ein Depressionszustand ein. Die Exacerbation bestand in linksseitiger Polyopie; dann Erweiterung der Pupillen, Rötung des Gesichts, Anschwellen der Temporalarterien, Steigerung der Pulsfrequenz; schliesslich von einer motorischen Aphasie und Verwirrtheit begleitet. Erinnerung an den Anfall blieb ganz erhalten.

Einen sehr schweren Fall eines Migränedämmerzustandes, der nach der Einteilung von Mingazzini zur »Permanenten Gruppe« gehören würde, ist von Schob (Zeitschr. für die gesamte Neurologie 1917) beschrieben worden. Wir entnehmen das Wichtigste aus der Krankengeschichte, die ausführlicher gehalten ist, als die oben beschriebenen.

Grossmutter, Mutter und Schwester des Kranken litten an schwerer Migräne mit Halbseitenstörungen, Aphasien, Sehstörungen, Fieber und Bewusstseinsstörungen. Alle starben um das 60. Lebensjahr herum nach erlittenem Schlaganfall. Der Vater des Patienten soll schwer nervös gewesen sein und ist ebenfalls an Schlaganfall gestorben. Ein Bruder des Vaters starb in einer Irrenanstalt.

Der Kranke litt schon als Schüler an typischen Migräneanfällen, die ihn oft wochenlang von der Schule fernhielten. Er war begabt, insbesondere für alte Sprachen und wurde Lehrer. 38-jährig trat er in den Ehestand. Er war in der Ehe sehr erregt, misshandelte seine Frau aus nichtigsten Ursachen und litt nach solchen Vorfällen stets an Depressionszuständen. Gelegentlich verleumdete er seine Frau ohne jeglichen Grund bei fremden Leuten. Es soll schon damals sein Wesen allgemein als krankhaft erkannt worden sein. Nach 18-jähriger Ehe beobachtete seine Frau den ersten Anfall. Patient habe plötzlich gesagt, dass seine Extremitäten absterben, und dass er die Sprache verliere. Wirklich brachte er kurze Zeit danach beim Versuch zu sprechen nur einzelne unartikulierte Laute hervor. Er schlief ein und wachte nach einer Stunde völlig hergestellt auf. Bei diesen sich wiederholenden Anfällen konnte eine hervorstechende Anämie der Nasenflügel an ihm beobachtet werden. Die Anfälle waren stets von tiefem Schlaf mit Kopfschmerzen und Erbrechen begleitet. Ferner ist seine Ungeschicklichkeit im Auftreten und insbesondere eine Schwäche der rechten Hand zu erwähnen; beim Gehen taumelte er nach rechts und rückwärts. Er klagte nach den Anfällen über schlechtes Sehen.

Schliesslich wurde er einer Klinik überwiesen. Hier trat schwerer Erregungszustand ein, verbunden mit nächtlichem Erbrechen. Am nächsten Tage war er benommen und am Nachmittag begann ein neuer Wutanfall unter Pulsverlangsamung und Fieber, wie auch Analgesie. Patient bot, wie es in der Krankengeschichte heisst, zuerst das Bild eines fortgeschrittenen Paralytikers. Er brachte nur einzelne sinnlose Laute hervor; ferner waren völlige Alexie und Agraphie, sowie Apraxie zu verzeichnen. Der dritte Ast des rechten Facialis war paretisch. Ueber dem linken Ohr gab es eine besonders klopfempfindliche Stelle. Pupillen waren intakt, Pyramidenbahnsymptome bestanden nicht. Es fand sich des Weiteren eine rechtsseitige Hemianopsie. Augenhintergrund ohne Besonderheit. Patient war unsauber von Urin. Es bestand Rededrang. Dieser schwere Zustand besserte sich schnell, aber andererseits stellten sich Halluzinationen ein. Er sah Buchstaben und Worte an der Wand, eine Gestalt auf dem Schrank und war darüber sehr deprimiert. Ausserdem hatte er viele körperliche Sensationen ohne obj. Befund. So schienen ihm die Hände weiter zu liegen, als er sie sah, oder er glaubte voluminöse Massen in der Hand zu halten. Sinnlose Worte und Sätze gingen ihm durch den Kopf. Dabei hatte er heftige Kopfschmerzen in der linken Scheitelgegend. In den folgenden Jahren wechselten längere oder kürzere Intervalle verhältnismässigen Wohlbefindens mit Anfällen und deren Begleiterscheinungen ab. Häufig wurden Halluzinationen verzeichnet: so sah der Patient eines Abends eine halbe Stunde lang um die Lampe herum einen von kleinen, etwa 15 cm hohen Figürchen aufgeführten Tanz. Als die Lampe gelöscht wurde, verschwanden die Bilder. Bald tauchten bei ihm immerfort Beziehungsideen auf; immer blieb er dabei klar und über alles orientiert. Er brauchte aber zu allem Hilfe, vernachlässigte seinen Körper und war unsauber, hatte auch jedwede geistigen Interessen. Er ass sehr viel.

Ende Dezember 1923 wurde Patient, infolge Verschlimmerung seines Zustandes, wieder in Anstaltsbehandlung gebracht. Die Anfälle wurden häufiger. Er verlor dabei die Sprache, hatte Sinnestäuschungen, rief um Hilfe, indem er vorgab eingemauert zu sein, zog sich nackt aus und lief im Nachthemd im Schnee herum. Oft befand er sich den ganzen Tag im Dämmerzustand.

Er konnte nur noch wenig gehen und sank stets nach kurzer Zeit nach rechts zusammen — eine Erscheinung, die sich in geringerem Grade schon früher bemerkbar gemacht hatte. Dabei wurde folgender Befund erhoben: schwächlicher, etwas kachecktischer Mann, von auffallend starker Behaarung. Blutdruck 140 mm Hg. Herz etwas nach links verbreitet. Sehnenphänomene sehr lebhaft. Rechts Dorsalklonus, kein Babinski. Pupillen gleich weit. Leichte articulatorische Sprachstörung. Wortverständnis leicht beeinträchtigt, vollkommene Agraphie. Lesen sehr mangelhaft. Wassermannsche Reaktion negativ. Rechnen defekt. Die Urteilsfähigkeit fast entschwunden, Merkfähigkeit reduziert. Er wurde immer unsauberer. Nach 6 Wochen Exitus durch eine Pneumonie.

Schob sagt zusammenfassend: « An der Diagnose Migräne mit Herderscheinungen und Dämmerzuständen kann nach dem früheren Verlauf der Erkrankung wohl kein Zweifel sein. Kompliziert wird das Bild lediglich durch eine psychopathische Anlage des Mannes. Wir haben zuerst ausgesprochene Halbseitensymptome im Sinne der motorischen und sensiblen Lähmung. Ferner Halluzinationen auf dem sensorischen Gebiete. Diese Erscheinungen dürften auf vorübergehende Ausserfunktionssetzung bezw. Reizung der betreffenden corticalen Gebiete zurückzuführen sein. Auch die vorzeitige, rasch fortschreitende Demenz dürfte für die Folge der immer wiederkehrenden Ernährungsstörungen der Cortex sein, wie sie durch die der Migräne zugrunde liegenden Gefäss-Spasmen hervorgerufen werden ». Die Sektion ergab nichts gegen Migräne Sprechendes.

Die « Permanente Form » der Migränepsychosen zeichnet sich nicht nur durch die Beständigkeit der Krankheit, sondern auch durch derartige Häufung der Schmerzanfälle aus, dass Krisen entstehen und sich ein echter Status hemikranicus bildet, sowie dadurch, dass dem Anfall eine konstante Reihe von Störungen vorausgeht und nachfolgt.

Nachdem die Betrachtung der in der Literatur bekannten Fälle dieser Art abgeschlossen ist, sollen nunmehr die entsprechenden Theorien kurz zusammengefasst und beleuchtet werden.

Mingazzini glaubt beweisen zu können, dass es reine Migränedämmerzustände gibt. Auf der Suche nach einer Ursache für diese psychopathischen Folgezustände im Verlauf eines Hemikranieanfalles behauptet er, dass für die transitorischen Geistesstörungen die Beziehung der Schwere der psychischen Alteration zu der Intensitätszunahme des Kopfschmerzes charakteristisch sei, er nimmt eine Schmerzpsychose an, die Dysphrenia neuralgica im Sinne Griesingers und Schüles. Auch Krafft-Ebing neigt zu derselben Ansicht und glaubt, dass die anormale Reaktionsweise auf den Schmerz, vorzüglich bei Menschen von ererbter oder erworbener sensibler Konstitution vorkommt, bei Menschen von reizbarem, nervösem Wesen und schwachem oder geschwächtem Nervensystem. Er warnt aber davor die Störungen ohne Weiteres als Folgezustände des Migräne- und Neuralgieschmerzes zu bezeichnen und weist darauf hin, dass viele Fälle solcher angeblicher Dysphrenien nachher ihre Erklärung in epileptischen oder epileptoiden Grundkrankheiten finden.

Seinerseits nimmt Mingazzini gerne die Theorie der Entstehung der Migräne durch Zirkulationsstörungen und Gefäss-Spasmen an und benützt dieselben zur Bekräftigung seiner Meinung über den Ursprung der Migränepsychosen.

In längeren Ausführungen sucht er zu beweisen: « dass man bei hemikranischen Dysphrenien nur an eine Zirkulationsstörung eines bestimmten Rindengebietes und eigentlich nur der beiden Basal- und Corticalgebiete zu denken braucht, welche von der Arteria profunda

cerebri versorgt werden». Gestützt auf die Theorie von Flechsig, dass in einer bestimmten Zone, der Region der Assoziationszentren, alle aus der sensiblen und sensoriellen Rindensphäre herkommenden Neurone zusammentreffen, führt Mingazzini weiter aus, dass sich auf diese Zentren nicht erstreckende Zirkulationsstörungen natürlicherweise eine richtige Beurteilung der empfangenen Eindrücke nicht verhindern; sowie jedoch diese Gebiete in Mitleidenschaft gezogen werden, könne eine Rektifizierung von Eindrücken unmöglich gemacht werden und es gehe dadurch auch die Orientierung und die Einheit der Persönlichkeit verloren.

Für die Richtigkeit solcher Theorien, die gleichzeitig auch die verschiedenen Krankheitsbilder der Migräne und ihrer Psychosen am einfachsten erklären würden, scheinen ihm eigene Beobachtungen und solche anderer Autoren zu sprechen, insbesondere der Umstand, dass mit Leichtigkeit bei einzelnen Kranken künstliche Halluzinationen hervorgerufen werden können: so oft er einem seiner Kranken auf den rechten Bulbus drückte, bemerkte der Patient die Gegenwart eines grossen roten Mannes, eine Halluzination, die stereotyp wiederkehrte, so oft der Patient horizontale Rückenlage einnahm. Ein Kranker Sciamannas erwachte plötzlich, wenn er zufällig im Schlaf auf dem Rücken lag, mit Halluzinationen und glaubte, einen schwarz gekleideten Krieger oder einen Frauenkopf zu sehen. Die Visionen verschwanden sofort, wenn die Lage geändert wurde.

Auch Löwenfeld bemerkte bei der Betrachtung der Pathogenese seines Falles, dass es sich bei der Akuität der Erscheinungen nur um eine transitorische Zirkulationsstörung, um eine atypische Ausbreitung der dem Migräneanfall zugrunde liegenden vasomotorischen Störungen gehandelt habe. Das blasse kollabierte Gesicht, der kleine Puls der Patientin, die verstärkte Injektion der Conjunktiva scheinen ihm auf einen verschiedenen Kontraktionszustand im Verzweigungsgebiet der Arteria carotis hinzudeuten. Die Beendigung der psychischen Störung glaubt er, dem Sistieren des Krampfzustandes der Gefässe gleichsetzen zu dürfen. Die tagelang nach dem Anfall anhaltenden, durch Eisblase leicht beeinflussbaren Kopfschmerzen betrachtet er ebenfalls als Folge einer über die Norm hinausgehenden Gefässerschlaffung.

Andrerseits sagt Mingazzini, dass der pathogenetische Mechanismus nicht immer der gleiche ist: so sah er in zwei Fällen, wie die Patienten schnell gesund wurden, als ihnen 5 bis 8 ccm. Liquor, der gewöhnlich unter starkem Drucke ausstrahlte, entzogen wurde. Er nimmt nun an, dass endokrine Störungen und besonders eine Ausscheidung von Ovarialsekreten eine Vermehrung der Liquorerzeugung infolge einer Hyperfunktion des Plexus chorioidei verursacht.

Diese Liquorzunahme reizt wieder den Plexus chorioideus, und es entsteht ein Circulus vitiosus. Durch eine Punktion wird der Cir-

culus unterbrochen, und durch das Verschwinden des Ueberdruckes auf die Hirnventrikelwandung die Ursache des starken Kopfschmerzes behoben und der Psychosenanfall abgebrochen.

Die obige Darlegung wird wohl neben den meisten in der Literatur publizierten Fällen, auch die wichtigsten Gesichtspunkte über die Aetiologie der hemikranischen Psychosen enthalten.

II.

Unter ähnlichen psychischen Krankheitserscheinungen, wie die oben beschriebenen Migräne-Psychosen verläuft die sog. « Dysphrenia neuralgica ».

Griesinger ist wohl der erste, der darauf hinweist, dass « Wahre gewöhnliche Neuralgien unmittelbar eine psychische Störung erregen können ».

Sein Vortrag zur Eröffnung der Klinik für Nerven- und Geisteskranke in Berlin enthält mehrere Fälle von Quintus- und Occipitalneuralgie, bei welchen Delirien, Zustände von Verwirrtheit und Angst, melancholische Verstimmung mit den Schmerzanfällen auftreten und verschwinden.

« Eine 40-jährige Frau hat », so erzählt Griesinger, « seit vielen Jahren eine rechtsseitige Neuralgie im ersten Ast des Quintus und im Nervus occipitalis, welche ursprünglich nach einer Blatterrose entstanden sein soll. Seit 2 Jahren ist etwas Neues hinzugekommen. Die Schmerzen beginnen in der Tiefe der Orbita und es zieht sich dann wie ein Schleier über den Kopf; schliesst nun die Kranke während des Schmerzanfalles die Augen, so sieht sie alle möglichen unsinnigen Gestalten und bekommt unsinnige Gedanken, sie sieht Fahren, Laufen auch Gärten und dergleichen, woran sie sonst nicht denkt; hie und da sieht sie auch schreckliche Sachen, wie Skelette; zuweilen hat sie das Gefühl zu fallen und Angst, als ob man ihr etwas machen wolle, oder als ob sie etwas getan habe ».

In einem andern Falle in der Charité kamen bei einem 18-jährigen Mädchen wiederholt Anfälle von Verwirrung, tiefer Verstimmung und erotischer Aufregung vor, welche jedesmal mit einer linksseitigen Supraorbitalneuralgie begannen. Die Anfälle psychischer Störung dauerten 10—14 Tage und es folgte dann eine 13—14 wöchige Remissionszeit. Als bei drei bis vier solcher Anfälle jedesmal das Verhältnis zur Neuralgie festgestellt war, wurde in der besseren Zeit Solutio Fowleri gegeben und alles blieb aus.

Ein 45-jähriger Mann ohne erblicher Disposition hat seit ca. einem Jahre ein Gefühl von Brennen zwischen den Schultern; dieses wird immer stärker, dann stellt sich eine sehr heftige Neuralgie in der rechten Gesichtshälfte, besonders im Unterkiefer, ein, die fast 4 Wochen dauert, zugleich damit bemerkt man an dem Kranken eine auffallende Weitschweifigkeit im Sprechen; nach 8 Tagen folgt ein Ausbruch von Tobsucht mit Tätlichkeiten und Grössenideen. Bald tritt eine Remission ein, während der der Kranke mitteilte, dass er

während der Neuralgie eine unbezwingbare psychische Aufregung gespürt habe, dass es ihm vorkomme, sein Sohn sollte umgebracht, er selber vom Arzt vergiftet werden; der tobsüchtigen Aufregung ist wiederholt verstärktes Brennen in der Schultergegend vorausgegangen. « Im ersten und vielleicht auch zum Teil im zweiten und dritten Beispiel », sagt Griesinger, « ruft der Schmerz direkt die psychische Störung hervor ».

In der wörtlich wiedergegebenen ersten Krankheitsgeschichte wirkt nach Griesingers Auffassung der Schmerz nicht etwa durch seine Intensität, « sondern wie eine Neuralgie Mitempfindungen an anderen Körperstellen hervorrufen kann, so ruft sie hier durch Erregung von Hirnpartien, welche bei der Neuralgie selbst garnicht beteiligt sind, Mitvorstellungen krankhafter Art hervor, Mitvorstellungen, die ihrem Inhalte nach nicht im geringsten Zusammenhange mit dem Schmerz stehen, sondern sich durch den Reiz, den letzterer auf gewisse Hirnpartien ausübt, hervorgerufen, auf einem ganz entfernten Vorstellungsfelde bewegen ».

In der Monographie Schuele's entspricht die « Dysphrenia neuralgica ohne Transformation » der ersten der speziellen Krankheitsgruppen, « bei der die neuralgischen Perceptionen nicht zu Wahnvorstellungen verarbeitet sind, und der Verlauf aus freien Zeiten und eigentlichen Paroxysmen besteht, welch' letztere immer durch eine Exacerbation der Neuralgie eingeleitet werden, den Griesingerschen Fällen ». Des weiteren sagt Schuele, dass « bei diesen Patienten perakute, von Epilepsie- und hystero-epilepsieähnlichen Symptomen begleitete psychische Störungen auftreten können, trotzdem weder vorher noch nachher irgendein Zeichen auftritt, das uns berechtigen könnte, beim Patienten eine echte Epilepsie oder Hysterie anzunehmen ».

Beide Autoren stellen ihre Beobachtungen in Parallele zu epileptischen Anfällen und zu deren Aura.

Krafft-Ebing spricht sich in seiner Arbeit « Ueber transitorische Störungen des Selbstbewusstseins » folgendermassen aus: « dass neuralgische periphere Funktionsstörungen, welche unter gewöhnlichen Verhältnissen die sensorischen Centren des Hirns nicht erreichen, zuweilen diese in lebhafte Mitbewegung, die das Vorstellungsgebiet durch Delirien und Halluzinationen beantworten, versetzen können, jetzt besondere centrale Organisationen und Bedingungen voraussetzen, deren Kenntnis wünschenswert ist. Die Erfahrung lehrt, dass es vorzugsweise Menschen von ererbter oder erworbener sensibler Konstitution sind, Menschen von reizbarem nervösem Wesen und schwachem oder geschwächtem Nervensystem, die eine solche anormale Reaktionsweise zeigen. . . .

In weiterer Linie sind es tiefere Ernährungsstörungen des Gehirnnervensystems, die neuralgischen Affektionen eine solche Irradiation auf psychische Centren gestatten. Besonders gilt dies für

anämische Zustände des Centralorgans, wie sie sich häufig gerade bei Frauen in der Pubertät, im Anschluss an Menstruationsphasen, in der Schwangerschaft, im Puerperium usw. finden».

Wagner berichtet über einen Fall, der in der Wiener Psychiatrischen Klinik beobachtet wurde. Es handelte sich um eine 31-jährige Bauersfrau ohne hereditäre Belastung, welche acht Tage nach ihrer sechsten Entbindung an Schmerzen im linken Auge und in der ganzen linken Körperhälfte litt, die zu psychischer Erregung, Angstzuständen und fortwährenden unsinnigen Klagen, zu Unruhe, zu Selbstvorwürfen und Suicidversuchen führten. Sie behauptete, «ihr Auge sei voll Eiter und müsse herausgeschnitten werden». Sie war schlaflos, teils apathisch, teils aufgeregt. «Sie habe ein Tier im Kopf, das ewig beisse». Sie griff nach ihrem Kopfe, schlug und rieb an demselben herum. Manchmal wurde sie ruhiger und klarer, zeigte Krankheitsbewusstsein, aber auch dann wich die Verstimmung und der schmerzhafte Ausdruck nicht.

Nach einigen Wochen wurde der neuralgische Charakter, das anfallweise Auftreten der Störungen deutlicher, abwechselnd war sie einen oder mehrere Tage lang im alten Zustand, zeigte die gleichen Wahnideen mit Neigung zur Selbstbeschädigung, dann war sie wieder mehrere Tage lang schmerzfrei, heiter und hatte volle Krankheitseinsicht. Allmählich wurden die Anfälle seltener und blieben bald ganz aus.

Nach Wagner hat im vorliegenden Falle «die neuralgische Sensation im engsten Zusammenhange mit der Psychose gestanden, der letzteren ihren Inhalt gegeben und ist ihr mit ihren Schwankungen ganz parallel gegangen, wobei allerdings», wie Wagner meint, «die Frage offen bleiben muss, ob die Psychose durch die Neuralgie ausgelöst worden ist, oder ob beide als von einer gemeinsamen Ursache abhängige, coordinierte Erscheinung anzusehen sind».

Einen weiteren Fall veröffentlichte Laquer, der über einen 54-jährigen Zugführer berichtete. Laquer betonte, dass derselbe nicht luetisch inficiert war.

An einem sehr heissen Tage sollte derPatient einen Zug führen. Er war raschem Temperaturwechsel und mancher Erregung ausgesetzt. Am andern Tage fühlte er Schmerzen in der rechten Kopfhälfte, die von der Stirn durch die Schläfe zum Hinterhaupte gingen. Die Schmerzen traten in Anfällen auf, wurden von Tag zu Tag heftiger und häufiger; sie waren von Congestionen des Gesichts begleitet, Appetit und Schlaf waren gestört. So ging es 14 Tage lang. Dann gesellten sich zu jedem Schmerzanfall psychische Erscheinungen von kürzerer oder längerer Dauer. Es handelte sich um eine Quintusneuralgie.

Im Anschluss an die Schmerzattacken traten nun Delirien ein. Patient sprach in weitschweifiger Weise, reagierte nur zeitweilig richtig auf Anfragen. Dabei schien es, als hätte er angenehme Träu-

me. Später erzählte er darüber, er wäre in einem grossen Park gewesen, sei mit einem Ponny herumgefahren, habe mit Kaiser Friedrich gesprochen usw.

Solche Anfälle von Schmerz mit Delirien traten etwa 4—5 Mal täglich auf und dauerten ½ bis ¾ Stunde. In den Zwischenzeiten blieb der Kranke im Bett, da er sich müde und angegriffen fühlte. Widerspruch gegen seine Erzählungen reizte ihn; aggressiv wurde er nie. In schmerzfreien Zeiträumen gab er über alles gut unterrichtete Antworten und nahm an allen häuslichen Angelegenheiten lebhaften Anteil. Schlaf war unruhig. Puls stieg wärend des Anfalles auf 100; Symptome organischer Hirnleiden fehlten, auch war kein Potatorium nachzuweisen. Alles in allem haben diese Anfälle 7—8 Wochen gedauert; mit sinkender Intensität der Neuralgie wurde Patient freier und klarer, bis alle Erscheinungen ganz und gar verschwanden und Patient als geheilt entlassen werden konnte.

Laquer sagt zusammenfassend: « Durch Irradiation der hochgradigen Schmerzen scheinen gewisse Erregbarkeitsveränderungen in der Hirnrinde und damit Zustände von Verwirrtheit und Delirien auf halluzinatorischer Basis mit mehr oder minder ausgesprochener Amnesie erzeugt worden zu sein.

Wir sehen, dass auf dem Gebiete der neuralgischen Psychosen noch weniger gearbeitet worden ist, als auf dem der hemikranischen Psychosen, dass das ganze Gebiet lückenhaft und problematisch aussieht. Ein solch unbestimmtes und unscharf umgrenztes Bild kann wohl zu manchen diagnostischen Schwierigkeiten Anlass geben, wie wir es aus folgendem Abschnitt ersehen können.

III.

Es handelt sich um den eingans erwähnten Fall aus der Neurologischen Poliklinik zu Basel.

Am 5. August 1924 stürzte Patient bei einem Spaziergange über eine Böschung in die Tiefe und zog sich neben verschiedenen Schürfungen und Quetschungen eine Kopfwunde und eine Radiusfraktur zu. Die Kopfwunde und die Fraktur waren nach einiger Zeit geheilt. Im Mai 1925 nahm der Patient seine Arbeit wieder auf. Zwei Jahre hatte er sich nicht gezeigt, nachträglich aber angegeben, er hätte immer noch ziehende, von der Kopfwunde ausgehende Schmerzen empfunden.

Im April 1927 gab der Patient an: « Seit meiner Schädelfraktur komme ich bei der Ausübung des Polizeidienstes in starke Aufregung; dabei kommt es hin und wieder vor, dass ich einige Sekunden ohne Besinnung bleibe. Vor einigen Tagen z. B. fasste ich, in Abwesenheit meiner Gedanken während des Dienstes, einen Radfahrer ». Patient gibt an, seit dem Unfall sehr vergesslich und manchmal auch schwerhörig zu sein. Er klagt über Kopfschmerzen, die bei Ruhe und unbedecktem Kopfe nicht vorhanden seien, jedoch auftreten einerseits, wenn er längere Zeit die Mütze trage, andererseits, wenn

er sich aufrege. Es handle sich nach seinen Worten bei diesen Schmerzen um ein Reissen, das von der Verletzungsstelle aus sich gegen beide Ohren (und zwar trotz des linksseitigen Sitzes der Verletzung mehr gegen das rechte) sowie gegen Nasenwurzel hin ausbreite. Brechreiz sei dabei nicht vorhanden. Ausserdem Schulterschmerzen beiderseits ähnlicher Art wie die Kopfschmerzen, die sich nach oben gegen die Schädelwunde ausbreiten und dann in das obengeschilderte Kopfweh übergehen; sie sollen angeblich dann auftreten, wenn er den schweren Uniformüberzieher trage. Die Aufregbarkeit mache sich hauptsächlich im Nachtdienst bemerkbar; er müsse sich sehr zusammennehmen, um nicht etwa beim Anhalten von ohne Licht fahrenden Radlern aus der Fassung zu kommen. Neulich habe er in einem solchen Falle das Gefühl gespürt, unmotiviert schroff gewesen zu sein. Allerdings sei es seit April d. J. nie mehr dazu gekommen, dass er in der Aufregung seiner Handlungen nicht mehr bewusst gewesen sei. Wenn er nach Nachtdienst heimkomme, habe er die grösste Mühe, etwas Schlaf zu finden und auch an gewöhnlichen Tagen schlafe er weniger leicht ein, als vor dem Unfall

Status: Der Patient, ein 43-jähriger Mann, sieht viel älter aus, als er wirklich ist und macht ausserdem einen durchaus psychopathischen Eindruck. Die Gesichtszüge sind ängstlich gespannt, der Blick unruhig, die Bewegungen hastig, die Sprache bald stockend, bald überstürzt. Während der Untersuchung gerät er wiederholt in ein allgemeines Zittern, wobei ihm Tränen in die Augen treten. Während eigentliche Gedächtnisausfälle nicht nachweisbar sind, ist die Merkfähigkeit ziemlich schlecht. Im Verlaufe der Untersuchung macht sich eine grosse Zerstreutheit geltend. Die Schilderung seiner Beschwerden erfolgt sehr eindringlich mit allerlei Wiederholungen, sie ist aber im Uebrigen recht inhaltsarm. Es treten in vagen Andeutungen Beeinträchtigungsideen hervor, die sich auf das Verhältnis seiner Berufsgenossen ihm gegenüber beziehen. Charakteristische psychotische Symptome (Ambivalenz, Hemmungen, Sperrungen, Wahnideen, Sinnestäuschungen), sind im Verlauf einer längeren Untersuchungsdauer nicht zutagegetreten.

Körperlich fällt der Patient durch seine Blässe auf, die inneren Organe ergeben keinen pathologischen Befund. Das Herz arbeitet sehr aufgeregt, der Puls ist zwar regelmässig und gleichmässig, aber abnorm rasch und sehr labil. Blutdruck 140 Hg.

Von weiteren Symptomen nervöser Uebererregbarkeit ist vor allem eine gewaltige allgemeine Steigerung der Sehnen- und Knochenreflexe zu verzeichnen, die aber keine erweiterten reflexogenen Zonen aufweisen. Pathologische Reflexe sind nicht vorhanden; Hautreflexe ohne deutliche Veränderungen. Bei der Reflexprüfung machen sich im übrigen eine höchst augenfällige Schreckhaftigkeit und ein Zusammenzucken des ganzen Körpers bemerkbar.

Ins gleiche Kapitel gehört das schon erwähnte Zittern, das sich wiederholt, z. B. beim Anstellen des Rombergschen Versuches ein-

stellt. Koordinations-, Bewegungs- und Empfindungsvermögen ungestört. Dagegen machen sich ein lebhaftes Flattern in den geschlossenen Augenlidern sowie ein feiner, vibrierender Tremor in der Zunge und den Fingern bemerkbar. Die Extremitätenenden sind kalt und feucht; Dermographismus gesteigert; Hirnnervenbefund ohne deuliche Abweichungen.

Eine Verletzung des Gehirns kommt mit Sicherheit nicht in Betracht, somit konnte der geschilderte Status keine Anhaltspunkte für die Annahme einer organischen Spätfolge der vor 3 Jahren erlittenen Kopfverletzung bieten, auch lag eine Kommotionspsychose nicht vor, dagegen sahen wir offenkundig ein psychopathisches Bild vor uns.

Dass die Narbe zeitweise Ausgangspunkt gewisser Schmerzen sein kann, ist namentlich angesichts der in ihrem Gebiete vorhandenen Verwachsung zwischen Knochen- und Kopfschwarte ganz gut denkbar, wenn er auch infolge seiner « Nervosität » diese Schmerzen in « psychogen » gesteigerter Weise empfindet. Jetzt fügen wir noch als psychopathische Reaktion auf die Schmerzen die transitorischen Verwirrungszustände hinzu und wir haben somit das oben beschriebene Bild der « Dysphrenia neuralgica » vor uns ! Jedoch hat man sich nicht mit dem oben geschilderten Befund begnügt und den Patient einer längeren Beobachtung unterzogen, deren Ergebnisse wir kurz zusammenfassen:

Somatisch wurde gefunden: Pupillen beiderseits gleich gross, reagieren etwas träge auf Licht; maskenartig steifes Gesicht; leichter Trompetenstoss der Zunge. Patellar- und Achillessehnenreflexe beiderseits gesteigert. Babinski und Romberg negativ. Leichte Störung der Tiefensensibilität.

Psychisch: Orientierung allseits gut, keine Störung des Gedächtnisses, leichte Herabsetzung der Merkfähigkeit, Klagen über Müdigkeit und Kopfschmerzen, hie und da unangepasste Handlungen, wie etwa plötzliches Verlangen am helllichten Tage nach Schlafmitteln, stundenlang zielloses Herumlaufen etwas euphorisch.

Serologischer Befund: Wassermann Reaktion im Liquor ++, Zellen 9/3, Blut — Wassermann +++.

Somit wurde die Diagnose auf Hirnlues, eventuell progressive Paralyse leichtesten Grades gestellt und somit veränderte sich das ganze Bild mit einem Schlage.

Wir ersehen aus diesem Falle, dass das klinische Bild der luetischen Psychosen mit seinen vielerlei Symptomen doch manchmal im Stiche lassen kann, oder sagen wir umgekehrt, dass das vielseitige, mannigfaltige und unscharfe Bild der hemikranischen und neuralgischen Psychosen Anlass geben kann zu differentialdiagnostischen Täuschungen gegenüber wirklich organisch bedingten Fällen.

So sehen wir bei der sogenannten syphilitischen Pseudo - Neurasthenie verschiedene unbestimmte Symtome, wie nervöses Unbehagen, gesteigerte Ermüdbarkeit, Reizbar-

keit, schlechter Schlaf, unbestimmte wechselnde Missempfindungen und Schmerzen. Ferner können sich Angstgefühle, flüchtige Lähmungen und insbesondere bei Nacht sich verstärkende Kopfschmerzen hinzugesellen.

Bei der beginnenden Hirnlues sehen wir, dass der Kranke vergesslich, schwerfällig, zerstreut wird, dass er rasch ermüdet, sich in seiner Arbeit nicht mehr zurechtfindet, dass er gedankenarm erscheint. Die Stimmung wird apathisch, manchmal niedergeschlagen, seltener gehoben. Die Kranken halten bei der Arbeit nicht aus, schweifen ab, brausen auf, geraten leicht in Streit. Ab und zu treten Stimmenwahrnehmungen mit flüchtigen Wahnbildungen auf. Diese Erscheinungen können mit geringen Schwankungen Jahre hindurch fortbestehen, ohne zu Siechtum zu führen. Die Sehnenreflexe sind vorwiegend gesteigert, seltener herabgesetzt oder erloschen, auch halbseitig. Bisweilen Fussklonus oder Babinski. Nicht selten weicht die Zunge etwas nach einer Seite ab, gespreizte Finger zittern. Sprache vielfach undeutlich und verlangsamt, gelegentlich auch stolpernd. Druck und in der Nacht sich verstärkende Kopfschmerzen sind charakteristisch. Auch Nacken- und Rückenschmerzen sind recht häufig zu konstatieren. Die Lichtreaktion der Pupillen ist gewöhnlich herabgesetzt oder erlischt ganz und gar. Pupillen sind oft ungleich. Vielfach sieht man flüchtige oder längere Augenmuskelstörungen.

Insbesondere gibt es Fälle, wo sich die Patienten über ihre Krankheit völlig klar sind, gut rechnen können, regen Anteil an ihrer Umgebung nehmen, Liebe für die Angehörigen zeigen, die Tagesereignisse verfolgen. Sie bewahren ihre äussere Haltung, legen Wert auf Sauberkeit und Ordnung. Sprach- und Schriftstörungen sind nur geringfügig, können auch ganz fehlen. Man bemerkt blos gesteigerte Reflexe, der Kranke klagt über starkes Kopfweh, die Pupillen können dauernd gut reagieren.

Auch die initiale progressive Paralyse kann im grossen Ganzen sehr ähnliche Bilder lange Zeit hindurch zeigen. Als sehr regelmässige Erscheinung im Beginne der Erkrankung beobachtet man starke Kopfschmerzen, die meist als ein dumpfer, aber äusserst heftiger Druck geschildert werden, als ob das Gehirn mit grosser Gewalt zusammengepresst würde. Am stärksten pflegt der Druck in der Stirngegend aufzutreten. Dazu können sich Anzeichen von Blutwallungen gesellen, wie Ohrensausen, Funkensehen, Schwindelgefühl. Es stellen sich eine Anzahl « rheumatischer » und neuralgiformer Schmerzen ein.

So begann bei einem Patienten Kräpelins das Leiden mit einer Neuralgie des Penis und eines Hodens. Manchmal bleiben auch hier Störungen der Sprache und Schrift selbst bei vorgeschrittener Krankheit unbedeutend, auch die Pupillen können tadellos spielen.

Wie wir sehen, können sich bei der beginnenden Hirnlues, wie auch bei der Paralyse unbestimmte Krankheitserscheinungen zeigen,

welche mit ausserordentlich quälenden Kopfschmerzen und neuralgiformen Manifestationen, mit seelischen Verstimmungen und flüchtigen Wahnbildungen verbunden sind, wobei ein ausgesprochen objektiver Befund fehlt, so dass zunächst sogar Nervosität, Uebermüdung, oder wie oben beschrieben eine transitorisch - hemikranische oder transitorisch - neuralgische Psychose angenommen werden kann, ohne dass man damit auf die spezifische Natur des Leidens kommt und beide Krankheitsbilder miteinander verwechseln kann. Es ist ohne weiteres klar, dass eine derartige Verwechslung verhängnisvoll sein kann.

So muss mit Recht vermutet werden, dass wenn nicht in allen, so doch in vielen der oben beschriebenen Fällen, ein spezifisches Substrat gefunden worden wäre. Insbesondere gilt es wohl für die Fälle, die die älteren Forscher publiziert haben, und das um so mehr, wenn wir uns überlegen, dass zur Zeit Schüle's und Griesingers die Erforschung der luetischen Psychosen noch in Kinderschuhen steckte und noch gar keine Rede von der Wassermann'schen Reaktion und anderen serologischen Methoden war. Ja, der Lueserreger war sogar noch unentdeckt! Wir sehen auch tatsächlich, dass in den älteren Krankengeschichten das Wort Lues überhaupt fehlt. Auch in den meisten neueren Beschreibungen sind die serologischen Befunde nicht angegeben. Nur an einer Stelle sagt Mingazzini: «Patient leugnet Lues», an einer anderen: «Patient hat keine Lues gehabt». Wie wenig Wert man aber auf die Aussagen der Patienten legen kann, braucht nicht hervorgehoben zu werden. Andrerseits wollen wir nicht bezweifeln, dass, wenn auch selten, so doch prinzipiell, auch transitorische Schmerzpsychosen auftreten können.

Vor allem soll der Patient längere Zeit hindurch beobachtet werden. Erst bei eindeutig negativem serologischen Befund darf die Diagnose auf Schmerzdämmerzustand gestellt werden. Es braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden, dass für eine sichere Differentialdiagnose nicht nur der Blut — und Liquor — Wassermann, sondern auch die andern bekannten serologischen und zytologischen Methoden zu empfehlen sind.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. med. R. Bing für die Ueberlassung des Materials, sowie für die Unterstützung bei der Bearbeitung des Themas meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literaturangaben.

1. **Griesinger:** Vortrag zur Eröffnung der Klinik für Nerven und Geisteskranke in der Königl. Charité in Berlin. (Archiv für Physiologie und Heilkunde 1866; gesamte Abhandlungen, Berlin 1872).
2. **Schüle:** Die Dysphrenia neuralgica, Karlsruhe 1867.
3. **Krafft-Ebing:** Ueber Migräne und Geistesstörung. (Neurologisches Zentralblatt Nr. 21, 1895).

   idem — Ueber transitorische Geistesstörungen der Hemikranie. (Wiener Klinische Rundschau Nr. 45, 1895).
4. **Brackmann:** Migräne und Psychose. (Allg. Zeitschrift für Psychatrie 1896, Band 53).
5. **Löwenfeld:** Zur Kasuistik der transitorischen psychischen Störungen. (Neurologisches Zentralblatt, Band I).
6. **Flechsig:** Die Lokalisation geistiger Vorgänge, Leipzig 1896.
7. **Fère:** Contribution à l'étude de la migraine ophtalmique. (Rev. de méd. 1881).
8. **Sciamanna:** Nervosi emicraniche (Congresso medico internaz. 1895).
9. **Wagner:** Neuralgie und Psychose. (Jahrbuch für Psychiatrie 1889).
10. **Laquer:** Ueber Hirnerscheinungen bei heftigen Schmerzanfällen. (Arch. für Psychiatrie, Band 26, S. 593 und 818).
11. **Schob:** Beitrag zur Kenntnis der schweren Migräneform. (Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie, Band 35).
12. **Hauber:** Migräne und Schmerzdämmerzustände. Berlin Diss. 1912).
13. **Kraepelin:** Lehrbuch der Psychiatrie 1904.
14. **Mingazzini:** Fernere klinische Beobachtungen über Geistesstörungen, infolge von Hemikranie. (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1887).

    idem — Klinischer Beitrag zum Studium der cephalalgischen und hemikranischen Psychosen. (Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Berlin 1926).